

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplní ošetrujúci zdravotnícky pracovník- razítko) :

### Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

Podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

..... rodné číslo: .....

bydlisko (ulica, číslo domu, miesto, PSČ):

.....

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....

kód / názov zdravotnej poisťovne: .....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

.....

.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) obsahuje oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á .....  
potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska: Veľkokapacitné očkovacie centrum Prešovského samosprávneho kraja na Okružnej 18 v Prešove.

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovanými diagnostickými výkonmi **súhlasím – nesúhlasím\***  
Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať vo Veľkokapacitnom očkovacom centre Prešovského samosprávneho kraja na Okružnej 18 v Prešove bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu vo Veľkokapacitnom očkovacom centre Prešovského samosprávneho kraja na Okružnej 18 v Prešove trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Prešove dňa ..... čas .....

Podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

podpis a odtlačok pečiatky lekára:

.....

\* nehodiace preškrtnúť

**Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (vyplňa ošetrojúci zdravotník) :**

Dátum a čas očkovania : .....

Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta: .....

Anamnestické otázky pre pacienta:

Otázka	Áno *	Nie *
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)		
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?		
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?		
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?		
Ste tehotná ?		

Dolu podpísaný/á ..... potvrdzujem svojím podpisom, že som uviedol/a pravdivé informácie v tomto dotazníku a nezatajil/a som žiadne zásadné a relevantné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu, ktoré by mohli mať vplyv na očkovanie alebo na môj zdravotný stav po očkovaní. Svojím podpisom ďalej potvrdzujem, že som si prečítal Písomnú informáciu pre používateľa o očkovaní, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní a jeho obsahu som porozumel/a.

Podpis očkovaného: .....

Dátum: .....

Podpis očkovajúceho zdravotníka: .....

Dátum: .....

\* Vyznačí sa krížikom